

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A CESAREAS EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO 01 DE SETIEMBRE DEL 2016
AL 01 DE SETIEMBRE DEL 2017.**

**Para optar el título profesional de:
OBSTETRA**

**TESISTA
MEDRANO SANCHEZ, Silvia**

**ASESORA
Dra. PALACIOS ZEVALLOS, Julia Marina**

**HUÁNUCO, PERÚ
2018**



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las Once horas del día veinticuatro del mes de Abril del año Dos Mil Dieciocho, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 408-2018-D-FCS-UDH, de fecha 23 de Abril del 2018 y, al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N°1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: : **"FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DEL 01 DE SETIEMBRE DEL 2016 AL 01 DE SETIEMBRE DEL 2017"**; presentado por la Bachiller doña **Silvia MEDRANO SANCHEZ**; para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APTA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 1.7 y cualitativo de BUENO (Art. 54)

Siendo las 12:00 horas del día , se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

Obst. Teógenes Alfonso Castro Quiroz
PRESIDENTE

Obst. Cecilia Lisette Suárez León
SECRETARIA

Esp. Obst. Mariella Quiroz Tucto
VOCAL

/gic.

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. El principio de la sabiduría es el temor a jehová (proverbios 1-7).

Seguido a mi madre, por haberme apoyado en todo momento por sus consejos, sus valores, perseverancia y la constancia que le caracteriza que me ha inculcado siempre y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada su amor de madre que nunca dejo rendirme.

Finalizando a las obstetras y docentes que me han acompañado durante el largo camino universitario brindándome siempre su asesoramiento con idoneidad profesional, ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante universitario y permitiéndome ser una profesional competente.

AGRADECIMIENTO

*Primero y antes que nada dar gracias
a Dios por estar conmigo toda mi vida
y a lo largo de mi carrera profesional,
por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente
con su sabiduría y por haber puesto en mi camino
personas que han sido mi soporte y compañía
durante todo el periodo de estudio.*

*Seguido a mi madre por su amor y cariño
que sobrepasa toda su constante
apoyo en las buena y malas en todo
momento para así lograr mis metas, y
por despertar lo que yo soy y
enseñarme a serlo día a día.*

*Finalizando a las obstetras y docentes que me han
acompañado durante el largo camino,
brindándome su gran apoyo y motivación
para la adquisición de conocimientos
y por su calidad humana, amistad y
ayuda en diferentes ejes de intervención
de la obstetricia.*

INDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
INDICE.....	IV
INDICE DE TABLAS.....	VI
INDICE DE GRAFICOS.....	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCION.....	X
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	(13)
1.1. Descripción del problema	
1.2. Formulación del problema	
1.3. Objetivo general	
1.4. Objetivos específicos	
1.5. Justificación de la investigación	
1.6. Limitaciones de la investigación	
1.7. Viabilidad de la investigación	
2. MARCO TEORICO.....	(20)
2.1. Antecedentes de la investigación	
2.2. Bases teóricas	
2.3. Definición de conceptos básicos	
2.4. Hipótesis	
2.5. Variables	
2.5.1. Variable dependiente	
2.5.2. Variable independiente	
2.6. Indicadores	
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	(46)
3.1. Tipo de investigación	
3.1.1. Enfoque	
3.1.2. Alcance a nivel nacional	
3.1.3. Diseño	
3.2. Población y muestra	
3.3. Técnica de recolección de datos	
3.3.1. Para la recolección de datos	

- 3.3.2. Para la presentación de datos
- 3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos

4. RESULTADOS..... (53)

- 4.1. Procesamiento de datos
- 4.2. Contrastación de hipótesis y prueba de hipótesis

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... (63)

- 5.1. Presentar la contrastación de los resultados del trabajo de investigación.

CONCLUSIONES.....(66)

RECOMENDACIONES.....(68)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....(69)

ANEXOS.....(74)

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01.	Características demográficas (Edad) de las gestantes adolescentes sometidas a Cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	53
Tabla 02.	: Características demográficas (Estado Civil) de las gestantes adolescentes sometidas a Cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.	54
Tabla 03.	Características demográficas (grado de instrucción) de las gestantes adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	55
Tabla 04.	Características generales (Controles pre natales) de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	56
Tabla 05.	Características generales (edad gestacional) de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	57
Tabla 06.	: Factores Clínicos Maternos de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.	58
Tabla 07.	: Factores Clínicos Fetales de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.	59
Tabla 08.	Factores Clínicos placentarios de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.	60
Tabla 09.	contrastación de Asociación entre los factores Clínicos y las cesáreas en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	61

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 01.	Distribución porcentual de la edad de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	53
Grafico 02.	Distribución porcentual del estado civil de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	54
Grafico 03.	Distribución porcentual del grado de instrucción de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	55
Grafico 04.	Distribución porcentual de los controles prenatales de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	56
Grafico 05.	Distribución porcentual de la edad gestacional de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	57
Grafico 06.	: Distribución porcentual de los factores clínicos maternos presentados en las adolescentes cesareadas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.	58
Grafico 07.	Distribución porcentual de los factores clínicos fetales presentados en las adolescentes cesareadas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.	59
Grafico 08	Distribución porcentual de los factores clínicos placentarios presentados en las adolescentes cesareadas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.	60

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

Métodos y técnicas: El estudio fue observacional, retrospectivo de corte transversal, se utilizó como técnica la observación y la documentación, que constituyó la técnica de recolección de datos básica para poder contar con información fidedigna.

Resultados: se registró 97 adolescentes cesareadas y las indicaciones principales de las cesáreas en las adolescentes fueron: sufrimiento fetal agudo 26,8% (26), desproporción feto pélvica 23,7% (23), Preeclampsia 14,4% (14), distocias de presentación 13,4% (13), oligoamnios 9,3% (9), embrazo gemelar 7,2% (7), cesarea anterior 2% (2), Condilomatosis Genital, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta con el 1% (1) respectivamente y ninguna con acretismo placentario. Respecto a las características socio demográficas de las adolescentes cesareadas se evidencia que la edad que prevalece en el grupo de estudio fue la comprendida entre 18 a 19 años con un 57% (55), de 15 a 17 años fue 39% (38) y de 12 a 14 años fue un 4% (4). En cuanto al estado civil se identificó un 65% (63) son convivientes, 33% (32) solteras y un 2% (2) casadas. El grado de instrucción 55% (53) tenían secundaria completa, un 34% (33) primaria completa, 11% (11) sin estudios y ninguna en nivel superior. Dentro de Las atenciones prenatales el 71% (69) tuvieron > A 6 controles prenatales, 26% (25) < de 6 controles prenatales y 3% (3) sin ningún control. Según La edad gestacional se evidenció que el 86% (83) se presentaron de 37 a 40 semanas de gestación y 7% (7) < de 37 y > de 40 semanas de gestación respectivamente.

Conclusión: Existen factores clínicos fetales que están asociados a la cesárea en las adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano. Estas indicaciones fueron sufrimiento fetal agudo 26,8%, desproporción feto pélvica 23,7% y distocias de presentación 13,4%.

Palabras claves: Factores clínicos, Cesárea, Adolescente.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical factors associated with caesarean sections in adolescents treated at the Hermilio Valdizan Medrano Regional Hospital from September 01, 2016 to September 01, 2017.

Methods and techniques: The study was observational, cross-sectional retrospective, and observation and documentation were used as a technique, which constituted the basic data collection technique in order to have reliable information.

Results: 97 adolescents were registered and the main indications of caesarean sections in adolescents were: acute fetal distress 26.8% (26), pelvic disproportion 23.7% (23), preeclampsia 14.4% (14), presentation dystocia 13.4% (13), oligoamnios 9.3% (9), twin clutch 7.2% (7), anterior caesarean section 2% (2), Genital condylomatosis, placenta previa and placental abruption with the 1% (1) respectively and none with placental accreta. With respect to the socio-demographic characteristics of the adolescents who have been isolated, it is evident that the age prevailing in the study group was between 18 and 19 years old, with 57% (55), 15 to 17 years old was 39% (38) and from 12 to 14 years old it was 4% (4). Regarding marital status, 65% were identified (63) are cohabiting, 33% (32) single and 2% (2) married. The educational level 55% (53) had complete high school, 34% (33) complete primary and 11% (11) referred without studies. Within Antenatal care, 71% (69) had > 6 antenatal controls, 26% (25) <of 6 prenatal controls and 3% (3) without any control. According to the gestational age it was evidenced that 86% (83) presented 37 to 40 weeks of gestation and 7% (7) <of 37 and > of 40 gestation weeks, respectively.

Conclusion: There are fetal clinical factors that are associated with caesarean section in adolescents treated at the Hermilio Valdizan Medrano Regional Hospital. These indications were acute fetal distress 26.8%, pelvic disproportion 23.7% and presentation dystocia 13.4%.

Keywords: Clinical factors, Caesarean section, Adolescent.

INTRODUCCION

En el Perú, los porcentajes de nacimientos por cesarea en adolescentes son de cifras bastantes elevadas, llegando hasta un 20,4%, por encima al recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Estas cifras se incrementan más cuando los hospitales son de niveles referenciales como en el caso del Instituto Materno Perinatal, llegando hasta el 36% y en Huánuco el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano donde registra el 29,3% de cesáreas todas ellas en adolescentes; siendo esta problemática planteada bajo la interrogante ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017?; utilizando para ello una investigación descriptiva, observacional y retrospectivo de corte transversal. Enfatizando por otro lado el embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos son tipo biológico y psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general. La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales; en lo psicosocial deriva a la frustraciones y

limitaciones en lo económico, familiar y social que debe asumir la mujer a temprana edad.

Por tal razón, el objetivo del presente estudio es determinar los factores clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017, para lo cual el presente estudio se encuentra descrito en la forma siguiente:

El capítulo I, se presenta el problema de investigación el mismo que contiene su descripción, su formulación, los objetivos generales y específicos, la justificación, limitaciones y la viabilidad de la investigación.

En el capítulo II, se muestra el marco teórico el cual comprende la descripción detallada de los antecedentes de investigación tanto internacionales y nacionales, las bases teóricas, las bases conceptuales, hipótesis de la investigación tanto general y descriptivas, las variables dependientes e independientes, finalizando con los indicadores de la investigación.

En el capítulo III, se aborda la metodología de la investigación el cual está compuesto de la siguiente manera: tipo de investigación (enfoque, alcance a nivel nacional y el diseño de estudio). Población y muestra y técnicas de recolección de datos (para recolección de datos, presentación de datos y análisis e interpretación de datos).

En el capítulo IV, se presenta los resultados de investigación con su respectivo análisis e interpretación y la contrastación de la hipótesis.

En el capítulo V, se presenta la discusión de los resultados. Y por último se muestran las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La adolescencia es una etapa breve del ser humano, proceso de desarrollo dinámico que comienza en la niñez y termina en la edad adulta. Comprende una serie de cambios de orden biológico; psicológico y económico de duración variable. Esta etapa prepara al individuo por procesos internos de adecuación de conducta y esforzados mecanismos homeostáticos biopsicosociales, hasta alcanzar los atributos del adulto.

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres desde los 12 hasta los 19 años de edad.¹ es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual.² la condición de ser adolescente, con los factores maternos, fetales y ovulares, conduce en un gran porcentaje a que la adolescente embarazada termine su parto en Cesárea. Considerado de esta manera en un embarazo y parto de alto riesgo.³

En el Perú, los porcentajes de nacimientos por cesarea en adolescentes son de cifras bastantes elevadas, llegando hasta un 20,4%, por encima al recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Estas cifras se incrementan más cuando los hospitales son de niveles referenciales como

en el caso del Instituto Materno Perinatal, llegando hasta el 36% y en Huánuco el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano donde registra el 29,3% de cesáreas todas ellas en adolescentes

En la Encuesta Global en Salud Materno y Perinatal de la OMS, en el año 2015, refiere que en América Latina la tasa de partos por cesárea fue el 25% de los cuales el 8% fueron en adolescentes. En el Perú, según ENDES 2015, a nivel nacional el porcentaje de nacimientos por cesárea en adolescentes fue de un 13,6%⁴.

El 2015 en el Instituto Materno Perinatal la cifra de cesáreas en adolescentes se elevó al 36%, siendo este una institución de referencia nacional.⁵

Por consiguiente, en el 2015 a nivel regional en el departamento de Huánuco hubo 1,849 cesáreas de los cuales 769 fueron de la red ejecutora Leoncio Prado, 7 de la red ejecutora Huamalíes y 1,073 del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.⁶

El año 2015 en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano se registraron un total de 1,073 pacientes cesareadas con un promedio de 3 cesáreas por día. Siendo el 29,3% (314) adolescentes intervenidos quirúrgicamente por la especialidad de ginecología.⁷

Por lo que La condición clínica está vinculado a una serie de condiciones como: distocias del canal del parto (desproporción feto-pélvica, pelvis estrecha, pelvis límite, fracturas de cadera). Distocias de presentación (cara, bregma, frente, podálico, transversa, compuesta, oblicuas). Distocias fetales (macrosómico, sufrimiento fetal agudo, malformaciones congénitas,

embarazo gemelar, oligohidramnios, polihidramnios) distocias placentarias (placenta previa total, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria, acretismo placentario). Distocias funiculares (prolapso de cordón, procubito de cordón, nudos de cordón falsos o verdaderos, cordón corto, circulares de cordón). Otras distocias (condilomatosis, fibromas, herpes genital, diabetes, hipertensión arterial crónica, cardiopatías, preeclampsia, eclampsia, síndrome Hellp, diabetes, carcinoma de cérvix, RPM prolongado, entre otros.⁸

En el Perú las indicaciones más frecuentes para cesárea en el año 2015 fueron: desproporción feto-pélvica y macrosomia fetal 12%, pre eclampsia 9%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha, periodo intergenesico corto, fase activa de trabajo de parto 2%, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%.⁹⁻¹⁰

Estos porcentajes que se van incrementando ya sea por la fina tecnología implementada para el diagnóstico de los factores de riesgo que induce a una cesarea o por el monitoreo intra parto que determinan la toma de decisiones para este acto quirúrgico que es muy preocupante por lo que se decidió en la ejecución de este tema de investigación, lo que induce a los planteamientos de las siguientes interrogantes.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores clínicos maternos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017?
- ¿Cuáles son los factores clínicos fetales asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017?
- ¿Cuáles son los factores clínicos placentarios asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017?

1.3. Objetivo general

Determinar los factores clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

1.4. Objetivos específicos

- Identificar los factores clínicos maternos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.
- Identificar los factores clínicos fetales asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.
- Identificar los factores clínicos placentarios asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

1.5. Justificación de la Investigación

Este estudio se justifica, porque actualmente la cesárea en adolescentes es considerada un problema de salud pública, por lo que es importante conocer el número de adolescentes que son sometidas a esta intervención quirúrgica.

Desde el punto de vista de salud este trabajo de grado busca aportar un mayor conocimiento que verifique cual es la población más vulnerable, así como la frecuencia con que se presenta esta situación en nuestras adolescentes con cesárea, para así, tener una noción más cercana a la realidad de lo que significa el abordaje de las involucradas, de igual manera

contribuir a realizar de un consenso estadístico para Identificar los principales factores clínicos de riesgo que determinen que el parto sea por cesárea en las adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano. Comprendido en el periodo del 1 de setiembre del 2016 al 1 de setiembre del 2017, con la finalidad de obtener datos reales, confiables y actuales que sirvan para implementar. Por tanto, se considera trascendente el estudio de la presente investigación, pues el aporte de resultados será vital para fortalecer, por ejemplo, el campo de acción profesional de las obstetras en el área de salud reproductiva de la mujer (planificación familiar en adolescentes), por medio de campañas como dinámicas preventivo-promocionales obligatorias. Esto a su vez ayudará a trabajar a favor de la salud de las mujeres adolescentes de nuestro país.

1.6 Limitaciones de la investigación

Para la ejecución del proyecto de investigación se dispuso de diversos trabajos de investigación relacionados al tema como material de consulta así mismo, de bibliografía actualizada y de fuentes bibliográficas en Internet, por lo que no existieron limitaciones metodológicas para su desarrollo.

Los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a otras poblaciones, se ha limitado a estudiar los factores clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, por lo que los datos no pueden ser extrapolados a otras poblaciones.

1.5. Viabilidad de la investigación

El presente estudio fue viable debido, a que la población considerada dentro del mismo fue accesible, dado la frecuencia de encontrar población gestante en el ámbito de estudio así mismo se dispuso de los recursos financieros para la aplicación de los instrumentos de medición en la muestra seleccionada para la presente investigación, y por último se solicitó la autorización respectiva para poder realizar dicha investigación según el cronograma previamente establecido.

Los recursos económicos y financieros necesarios para desarrollar las actividades y los costos que generó tal investigación fue asumido por el investigador en su totalidad, así como todo lo concerniente en la publicación para la correspondiente transmisión de conocimiento.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados al problema de investigación que son citados a continuación:

2.1.1. A nivel Internacional

GONZALES C. Y COL. 2012. VENEZUELA, realizaron una investigación “Indicaciones de Cesárea Segmentaria en Adolescentes en el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona. Estado Anzoátegui”. Con el objetivo de determinar las indicaciones de cesáreas segmentarias en adolescentes, según causas, utilizaron la metodología de un estudio epidemiológico, retrospectivo, transversal, longitudinal y descriptivo. Resultados: el grupo etario con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años con un 48%; la indicación de cesárea segmentaria fue la desproporción feto pélvica con un 32.43%; en cuanto a las complicaciones más frecuente asociada a la cesárea segmentaria fue anemia en sus diferentes estadios clínicos y se presentaron en un 43.18% de los casos estudiados. De las adolescentes con indicación de cesárea segmentaria para este periodo el 13.42% manifestó antecedente de cesárea. **Concluyendo que:** la patología materna durante el embarazo asociada más frecuentemente son las vaginosis bacterianas ¹¹

NÚÑEZ, MARISOL DEL CARMEN. 2011, REPÚBLICA DOMINICANA. realizaron una investigación “Indicaciones de Cesárea Primaria en Adolescentes de 13 a 18 años en los Centros de Salud Clínica Dr. Rosa Cisneros pro Familia y el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez”. Con el objetivo de identificar las indicaciones más comunes de cesárea primaria en adolescentes de 13 a 18 años utilizaron un estudio descriptivo de corte transversal. Resultados: que los motivos más frecuentes por los cuales se realiza cesárea por vez primera fue el sufrimiento fetal agudo 28.8%, pre eclampsia/eclampsia 25.4% y desproporción céfalo pélvica 15.3%. **concluyendo que:** la indicación de cesárea primaria fue por sufrimiento fetal agudo porque la mayoría de las pacientes eran adolescentes tardías. El estado civil en su mayoría fue unión libre consensual o convivencia como estado civil preponderante. y la mayoría de las pacientes tenían algún grado de escolaridad. Casi un 100% tenía talla adecuada y el mayor porcentaje de las pacientes era de ingresos económicos muy bajos.¹²

AVANZA, MJ. 2011. ARGENTINA, realizaron una investigación “Frecuencia e Indicaciones de Cesárea en la Población Adolescente de un Centro Hospitalario Nacional”. Con el objetivo de analizar la frecuencia de cesáreas en las adolescentes, indicación de la misma y momento relacionado al parto (antes o durante el mismo con un estudio descriptivo y retrospectivo. Resultados la prevalencia de cesáreas en adolescentes fue 12.02%. la cesárea programada antes del parto se realizó en 87 pacientes con un 56% según la indicación, la distribución fue: cesárea previa 62 casos 31.1%, sufrimiento fetal agudo 40 casos 20.1%, falta de progresión de la

presentación 32 casos 16%, presentación pelviana 24 casos 12%, desproporción feto-pélvica 11 casos 5.5%, pre eclampsia- eclampsia 11 casos 5.5%, RCIU 9 casos 4.5%, patologías maternas 5 casos 2.5%, hemorragias del tercer trimestre 4 casos 2.0%, otros 0.2%. **concluyendo que:** la vía abdominal fue adecuada; en la mayoría de los casos los procedimientos fueron programadas y la cesárea previa fue la indicación más habitual seguidamente fue sufrimiento fetal agudo.¹³

ITATI ABREO, GRISELDA. 2010. ARGENTINA CORRIENTES,
Investigó: “Incidencia e Indicaciones de Cesáreas en Adolescentes en el Servicio de Toco Ginecología del Hospital Dr. José R. Vidal. Con el objetivo de determinar la incidencia de operación cesárea en adolescentes, determinar sus principales indicaciones obstétricas y las patologías maternas asociadas. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se obtuvo información sobre las patologías maternas asociadas. Resultados: se registraron 4016 nacimientos, con incidencia de cesáreas de 32% (n=1299). Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30,94% por cesárea anterior, 16% sufrimiento fetal agudo, 9,76% falta de progresión del trabajo de parto, 9,04% distocia de presentación, 9,04% negativa al parto, 5,45% Ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3,80% desproporción feto pélvica, 3,30% embarazo gemelar, 13,13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21,60% diabetes, 8,40% corioamnionitis, 7,60% cáncer de cérvix, 5,20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2,40% colestasis, 1,20% condilomatosis, 0,80% código 76 y otras 0,40% en un total de 250 pacientes. Llegando a la **conclusión que:** las cesáreas han

aumentado significativamente, respecto de años anteriores, principalmente a expensas de la cesárea anterior e iterativa y las patologías maternas asociadas fueron la hipertensión arterial y diabetes fueron las de mayor incidencia.¹⁴

GUERRERO ROMERO, INGRID. 2015. UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA-BOGOTA-COLOMBIA: Quienes realizaron una investigación titulada: Adolescencia Materna y su Asociación con la Realización de Cesárea. Con el objetivo de evaluar la asociación entre adolescencia y la realización de cesárea en mujeres de 10 a 19 años, en comparación con las que se encuentran en edades entre 19 y 25 años, atendidas en un hospital x, y determinar su asociación con variables sociodemográficas y neonatales en términos de prematurez, Apgar y bajo peso al nacer. Con un estudio de casos y controles, mediante un muestreo simple aleatorio. Resultados: El riesgo de cesárea en adolescentes es de (OR 1,13, IC 95% 1,10-1,51). Además, se determinó que en las adolescentes existe un riesgo mayor de bajo peso al nacer (OR 9,4, IC 95% 7,59-11,76), sin diferencia en cuanto al riesgo de Apgar bajo al minuto y los 5 minutos. **Conclusión que:** Existe un mayor riesgo de presentar bajo peso neonatal y requerir terminación de la gestación por vía cesárea en adolescentes, en comparación con las adultas jóvenes, especialmente si son menores de 14 años. Se requiere promover campañas para evitar el embarazo adolescente, como principal medida de control sobre esta población.¹⁵

2.1.2. A nivel nacional

LAIDY L. ALBORNOZ A. Y COL. 2013. PERU LIMA, en su investigación “Cesáreas en Adolescentes en el Hospital Nacional Santa Rosa”, con el objetivo de reconocer los factores característicos, utilizaron un estudio descriptivo. Resultados: la tasa de cesáreas fue del 38.8%. el 96.8% de adolescentes pertenecían al periodo de adolescencia tardía. Con respecto a factores socioculturales: el grado de instrucción fue del 56% tenían secundaria incompleta, un 30.8% secundaria completa, el 5.1% universitario incompleto, el 4.0% técnico incompleto, el 2.1% técnico completo, el 1.7% primaria incompleta y un 0.4% primaria completa. El estado civil: el 62.5% eran solteras, el 35.3% convivientes y el 2.3% casadas. Las atenciones prenatales: el 11.7% y no presentaba ninguna atención prenatal el 52.8% tenía menos de seis atenciones prenatales mientras que el 35.5% presentaban seis a más. Así mismo, los principales diagnósticos fueron sufrimiento fetal agudo con un 9.6%, distocia funicular con 7.3%, pre eclampsia leve 7.0% y otras indicaciones no especificadas con 8.7%. finalmente, el tipo de cesárea el 71.9% fueron de emergencia y 28.1% fueron electivas. **Concluyendo que:** la principal causa de cesárea fue sufrimiento fetal agudo con 9.6% y el 71.9 de cesáreas fueron de emergencia.¹⁶

LOPEZ CUTIPA, FRANK. 2015 PERU - AREQUIPA. Realizo una investigación “Aspectos Epidemiológicos en Pacientes Adolescentes Cesareadas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” con el objetivo de determinar el perfil de los aspectos epidemiológicos en pacientes

adolescentes cesareadas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2014. Con un estudio observacional, retrospectivo y transversal. Resultados: de un total de 3,339 partos la frecuencia de partos la frecuencia de pacientes cesareadas fue 2,125, lo cual corresponde al 63,6% de partos. De ellas 1,191 fueron cesáreas primarias (56,0%) y 934 fueron de tipo iterativa (44,0%). La edad materna promedio fue de 31 años, el 51,4% pertenecían al grupo de edad entre los 29 a 38 años. El promedio de talla materna fue 1,56 cm. El peso preconcepcional promedio fue de 58,5 kg. El índice de masa corporal promedio fue 23,9 y en el 74,7% fue normal. El 51% tenía estado civil conviviente. El 62,2% tenía grado de instrucción superior. La enfermedad hipertensiva del embarazo fue la morbilidad más frecuente con 10,9%. 32,1% fueron primíparas, y el 67,9% tuvo más de un parto. Los embarazos a término se presentaron en un 76,1%, con 23,1% de embarazos pre término y un 0,8% de posttermino. El 62,9% de pacientes tuvo de 6 a más controles prenatales. El 75,9% de las cesáreas fueron de emergencia y el 24,1% electivas. La duración promedio de las cesáreas fue de 40,5 minutos. La técnica quirúrgica más frecuente fue el tipo segmento transversal o de kerr con el 98,9%. La estancia hospitalaria promedio fue 3,1% días. El 68,3% de los recién nacidos tuvieron un peso entre los 2,500 a 4,000 g y el 96,9% presento Apgar mayor a 7 a los 5 minutos. La principal indicación fue cesárea anterior 2 veces (25,6%). En el 5,9% de pacientes se presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la infección de herida operatoria 2,1%, seguida por la hemorragia postparto (1,3%) y la endometritis (1,1%).

Concluyendo que: la frecuencia de operación cesárea es alta en el Hospital

Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, el mayor número de pacientes adolescentes, multíparas, convivientes, con grado de instrucción superior, talla y peso promedio, la indicación más frecuente fue Cesareada anterior 2 veces; la cesárea iterativa es cada vez más frecuente. Se presentaron complicaciones dentro de los rangos esperados.¹⁷

MANZANO ESPEJO, GIANCARLO. 2010. PERÚ LIMA, el mencionado autor realizo un estudio: “Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes, Hospital Nacional Sergio E. Bernales” con el objetivo de determinar la incidencia y factores asociados a la cesárea iterativa en adolescentes, con un diseño transversal y descriptivo. Resultados: se registró 584 partos de adolescentes multigesta, 264 correspondieron a cesáreas iterativas, lo que significó una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45%), el promedio de edad fue de 14 a 19 años. Po modelo de regresión logística multivariante, se identificó como factor clínico de riesgo la desproporción céfalo -pélvica (Ora, 166.39; IC95%: 60.25 – 459.53; P <0.001) y como factores protectores el número de hijos vivos (Ora, 0.18; IC95%: 0.01 – 0.04; P<0.001) y abortos (Ora, 0.08; IC95%: 0.04 – 0.16; P<0.001). **concluyendo que:** la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigesta, fue de 45%, asociadas a la desproporción céfalo – pélvica.¹⁸

GALVEZ LIÑAN, EDGAR.2014 PERU-LIMA. Realizo una investigación “Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital San José del Callao, periodo Enero – Diciembre 2013”. Con el objetivo de

determinar la tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José del callao, en el periodo enero-diciembre 2013. Con un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal de diseño cuantitativo. Resultados: al analizar las 160 historias clínica, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52% han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81% se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2500 g. el 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las indicaciones principales fueron: desproporción feto-pélvica y macrosomia fetal 12%, preeclampsia 9%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha, periodo intergenesico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. **Concluyendo que:** la tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José del callao en el periodo enero-diciembre 2013 fue de 42% respecto al total de nacimientos registrados en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18% son cesáreas de emergencia y el 24% son de tipo electivas. Adicionalmente se encontró principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: desproporción cefalo-pelvica y macrosomia fetal 12%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7% y preeclampsia 9%,¹⁹

ASIMISMO, ABAD PEDRO 2004, realizó el estudio “Cesárea en Adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú” donde se encontró que Casi 20% de las gestaciones fue de adolescentes y de ellas 17,9% terminó su gestación por cesárea, siendo causas principales de cesárea la desproporción cefalo-pelvica y la distocia de presentación.²⁰

2.2. Bases teóricas:

2.2.1. Factores clínicos

Son las condiciones clínicas que llevan a desarrollar algunas patologías. En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias que presentan más posibilidades que otros de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras entre otras patologías, se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables.

La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, anatómico, ambiental, biológicas, psicosociales que actuando individualmente o entre si desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces el término “riesgo” que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado.²¹

Entre estas situaciones que podríamos destacar, determinar o van a generar una mayor incidencia de cesárea en adolescentes que tienen como factores lo siguientes:

2.2.2. Factores maternos:

Son las condiciones propias de la mujer que llevan a desarrollar riesgos durante su embarazo y que conllevan un parto por cesárea.

Preeclampsia:

La preeclampsia es un desorden multisistémico idiopático específico del embarazo y del puerperio en humanos. Más precisamente, es una enfermedad causada por la placenta, pues se ha descrito en embarazos donde existen tejido trofoblástico, pero no fetal (embarazos molares completos).²²

Es un conjunto de signos y síntomas exclusivo de la gestación, aparece a partir de la semana veinte de embarazo, durante el parto o hasta las seis semanas postparto. Esta patología se caracteriza por una placenta anormal y disminución de la perfusión sistémica.²³

En los casos de preeclampsia se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal, se optará por la vía abdominal, en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome Hellp o si se trata de restricción de crecimiento fetal o fetos de peso muy bajo.²⁴

Cesárea anterior:

En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos la cesárea ha sido considerada como indicación

casi absoluta. Sin embargo, la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el parto sin romperse. Sin embargo, se debe considerar el riesgo de morbilidad o mortalidad del feto y neonato cuando se intente someter a una paciente a un parto vaginal después de una Cesárea, en situaciones tales como: periodo intergenesico menor de 24 meses (por riesgo de rotura de la cicatriz uterina), alteración del bienestar fetal u otra anormalidad.²⁵

Hay pocos temas tan controvertidos en la obstetricia moderna como la atención de la mujer con una cesárea previa, durante muchos decenios se consideró que un útero con cicatriz contraindica el trabajo de parto por temor a una ruptura del órgano. Mientras tanto se fueron acumulando pruebas de que la ruptura uterina es poco frecuente y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en 1988 recomendaron que en ausencia de contraindicación se asesore a una mujer con una cesárea previa transversa baja para que intente un parto vaginal en un embarazo posterior y el parto vaginal post cesárea aumentó en Estados Unidos para 1996 casi en 30%.²⁶

Un estudio demostró que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de ruptura uterina, cuando se comparó parto distócico después de dos o más cesáreas con parto eutócico después de una cesárea. Sin embargo, aumentó la frecuencia de histerectomía y de transfusiones de hemoderivados, en el primer grupo. Así mismo se propone contraindicaciones para indicar un parto vaginal post cesárea, tales como: ruptura uterina previa, cesárea previa con incisión vertical, tres o más cesáreas previas.²⁷

2.2.3. Factores fetales:

Son las condiciones propias del producto que llevan a desarrollar riesgos durante la gestación y que conlleva un parto por cesárea.

Sufrimiento fetal agudo:

La hipoxia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado a la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, monitoreo electrónico fetal para tomar la decisión más apropiada.²⁸

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal. Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles, hipotensión materna, efecto poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos) o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical). El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso por lo que se ha recomendado utilizar “alteraciones

en la frecuencia cardiaca fetal” termino que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen. El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico que puede presentarse antes y después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoinmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa que se traducen general en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.²⁹

Desproporción feto-pélvica:

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. La desproporción feto-pelvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- ✓ Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- ✓ Pelvis normal y feto grande, anormal (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- ✓ Pelvis y feto normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.
- ✓ El diagnóstico de la desproporción feto-pélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada a los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de

estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.³⁰

Distocias de la presentación:

Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones feto pélvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón.³¹

La presentación pelviana constituye alrededor de 2- 4 % de los nacimientos; sin embargo, la asistencia al parto en estos casos siempre ha requerido de la experiencia de quien lo asiste. La mortalidad perinatal, la neonatal o la morbilidad neonatal grave, fue significativamente inferior en el grupo de cesárea electiva que en el asignado a parto vaginal. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la morbilidad materna. A juicio de los autores, se admite la consideración para parto transpelviano en aquellas pacientes que desencadenen espontáneamente el trabajo de parto y en el que se presenten condiciones favorables.³²

2.2.4. Factores placentarios:

Son las condiciones propias de la placenta que llevan a desarrollar riesgos durante la gestación y que conlleva un parto por cesárea.

Placenta previa (PP):

Es cuando la placenta se implanta en el segmento inferior del útero (normalmente la placenta se implanta en el fondo uterino) ya sea total o parcialmente de modo que obstruye el orificio cervical interno (OCI) dificultando la salida del feto.

Se clasifica según la posición de la placenta con relación al OCI y se distinguen en 4 clases:

1. Placenta previa lateral (grado I): es cuando el borde de la placenta se halla a 2cm del OCI.
2. Placenta previa marginal (grado II): es cuando el borde de la placenta coincide con el OCI mas no pasa.
3. Placenta previa parcial (grado III): es cuando la placenta ocluye una parte del OCI.
4. Placenta previa total (grado IV): es cuando la placenta ocluye todo el OCI.

Los casos debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo.³³

Desprendimiento prematuro de placenta (DPP):

Es la separación total o parcial que sufre una placenta normalmente implantada de su lugar de implantación, que ocurre después de las 22 semanas de gestación.

Se clasifica según el sangrado:

1. DPP con hemorragia oculta (20%): ocurre cuando el desprendimiento solo afecta al centro de la placenta; la sangre se acumula entre la pared uterina y la placenta formándose un hematoma retroplacentario que va disecando la decidua pudiendo comprimir a la placenta provocando su infarto y necrosis.
2. DPP con hemorragia externa (80%): ocurre cuando el desprendimiento se inicia en los bordes de la placenta o cuando el hematoma retroplacentario a disecado la decidua hasta alcanzar los bordes de la placenta.

Las pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta moderada o severa deben ser sometidas a cesárea inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el feto está vivo y presenta signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta.³⁴

Acretismo Placentario:

El acretismo placentario es la inserción anormal total o parcial de la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coríales al miometrio^{35, 36}

El acretismo placentario se debe a falta o deficiencia de la capa de NITABUCH, que es una capa de fibrina ubicada entre la decidua basal y el corion frondoso. BENIRSCHKE Y KAUFMAN sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio – decidua basal, especialmente después de la reparación de intervención quirúrgica previa.^{37, 38, 39}

El diagnóstico implica el empleo de métodos como ultrasonido y resonancia magnética. El ultrasonido es una herramienta útil para el diagnóstico de acretismo placentario y de sus distintas variantes en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Sin embargo, el diagnóstico definitivo del acretismo placentario es histopatológico, al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el endometrio^{40, 41}

1. Acreta: las vellosidades coriales están insertadas al miometrio sin invadirlo.
2. Increta: las vellosidades coriales invaden al miometrio.
3. Percreta: las vellosidades coriales penetran al miometrio

El acretismo placentario puede llevar a hemorragia obstétrica masiva, y como consecuencia alteraciones de la coagulación por pérdida, y por coagulación intravascular diseminada (CID)^{42, 43}

Otros:

Embarazo gemelar, oligoamnios y condilomatosis genital

2.2.5. Cesárea en adolescentes

- **Cesárea:**

Procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción realizando una incisión a través de la pared abdominal y el útero.

- **Historia de la cesárea en el mundo:**

La primera operación cesárea; no cabe duda es muy antigua y se practicó en el imperio romano entre los hindúes primitivos y egipcios. Es imposible determinar con precisión cuando se llevó a cabo por primera vez y si se ejecutó en una mujer viva o después de muerta.

La primera referencia de una cesárea realizada en una mujer viva se halla mucho más tarde, aunque siempre en la edad antigua, en el mischnah colección de las tradiciones rabínicas del talmud judeo-babilónico que empieza en la época de moisés escrito esta por eruditos judíos hacia el año 140 de nuestra era. La primera cesárea en gran Bretaña fue ejecutada el 29 de junio de 1737 por Smith cirujano de Edimburgo, en una paciente con osteomalacia y parto prolongado de siete días, el niño nació muerto y la madre murió dieciocho horas después. La primera operación cesárea realizada en gran Bretaña con sobrevida de la madre fue practicada por la partera mary donally en 1738, la paciente se llamaba Alice O'Neale de 33 años había estado en trabajo de parto por 12 días y se pensaba que su niño había muerto después del tercer día pero varios intentos de parto vaginal fallaron y la comadrona mary, hizo una cesárea utilizando una navaja suturo la pared del abdomen con seda y aguja de sastre, la herida fue curada con clara de huevo y la mujer se recuperó con una gran hernia ventral. La primera operación cesárea en alta california – américa fue realizada por los curas Josef Viñals y José viador en la misión santa clara de asís el 26 de enero de 1799. Se tienen referencias que entre 1769 a 1833 se realizaron 14 operaciones cesáreas, 13 de ellas en nativas y una sola en española; todas las cesáreas se hallan anotadas en los libros de

registro de entierros. Estas intervenciones no eran cesáreas como se conocen actualmente sino extracciones del feto del vientre después de muerta la madre. No se conoce con exactitud los detalles de la operación. Se presume que fueron hechas con la técnica recomendada por el cura Josef Manuel Rodríguez. El 31 de mayo de 1931 el medico Alberto Barlon practico una cesárea y obtuvo un recién nacido, aunque la madre murió 3 horas después.⁴⁴

- **Historia de la cesárea en el Perú:**

La primera cesárea en el Perú fue realizada en la maternidad de lima por el Dr. Camilo segura el año 1861 en una paciente fallecida durante el parto.

El 31 de mayo de 1931 en la maternidad de lima el Dr. Alberto Barton practico una cesárea obteniendo un recién nacido vivo. La madre falleció a las pocas horas. En 1926 el Dr. Ricardo palma realizo la primera cesárea en Chiclayo. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zevallos hizo lo mismo en el cuzco.

La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la maternidad de lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937 y en 1939 se hizo la cesárea a la niña Lina medina de 5 y medio años de edad obteniéndose un recién nacido vivo de 2700gr. En 1939 es practicada la cesárea en el hospital de bellavista callao por el Dr. Froilán villamon.

Tipos de cesárea:

a) Según técnica quirúrgica

✓ Cesárea segmentaria:

En la actualidad es la técnica de elección por las ventajas que ofrece. En esta se practica una incisión transversal semilunar a nivel segmento inferior del útero.

✓ Cesárea corporal:

Es una práctica muy poco común en la actualidad por presentar una mayor morbilidad materno-fetal, y un porcentaje superior de riesgo de rotura uterina en un embarazo posterior (4-9% frente a menos del 1% de la cesárea segmentaria). La incisión se realiza de forma longitudinal, en la cara anterior del cuerpo uterino, atravesando la musculatura uterina, y perpendicular a la mayoría de las fibras uterinas lo que provoca grandes hemorragias y hace que la cicatriz resulte frágil.⁴⁵

• Indicaciones de una cesárea:

Incapacidad de parto vaginal, desproporción feto pélvica, macrosomía fetal, estrechez pélvica relativa, posición anormal de la cabeza fetal, anomalías del feto, asimetría pélvica, deflexiones persistentes, asinclitismo persistente, tumor o malformación fetal, onfalocele, gastroquisis, espina bífida, hidrocefalia, distocias de contracción, presentación fetal inadecuada: situación transversa, presentación pelviana en nulípara, primer feto de embarazo múltiple, podálico entre sus variedades de pie, cicatriz uterina previa corporal, peso menor de 1500gr o edad menor de 32 semanas, presentación compuesta, falla de la prueba de trabajo de parto, inducción fallida, acentuación fallida, trastornos mentales, psicosis, retardo

mental, trastorno de conciencia, riesgo materno hemorragia del tercer trimestre: desprendimiento prematuro de placenta con sufrimiento fetal, placenta previa, cicatriz uterina previa: riesgo de ruptura uterina corporal o segmentaria transversa iterativa más de 2 veces, cicatriz con antigüedad menor de 18 meses, pre eclampsia severa – eclampsia, pre eclampsia severa con compromiso de órganos blancos, refractaria al tratamiento sin condiciones favorables para inducir el parto vaginal, eclampsia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria y las enfermedades oftálmicas como miopía mayor, dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina, otras causas: embarazo múltiple mayor de dos fetos. Tumor previo: cáncer invasivo de cérvix, miomas, antecedentes de plastia vaginal. Por el riesgo fetal por alteración hipoxico isquémica, insuficiencia placentaria y sufrimiento fetal agudo. Por infecciones: herpes genital activo, ruptura prematura de membranas, condilomatosis vulvar, cervical o vaginal obstructiva.⁴⁶

2.2.6. Adolescentes:

La organización mundial de la salud define adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, desde los 12 a los 19 años de edad. hoy en el mundo entero existen cerca de 1600 millones de adolescentes lo que corresponde a casi un 30% de la población total. Se estima que para el año 2025 esta cifra llegara a los 2000 millones. Tan solo en américa latina y el caribe la población de estas edades alcanzan hoy 148 millones lo que también equivale a un 30% de la población total de la región.

Clasificación: comprende 3 etapas**a) Adolescencia temprana:**

Comprende entre los 12 hasta los 14 años los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales para el adolescente. El pensamiento es aún concreto y con fines muy inmediatos. La separación de los padres recién comienza con una actitud rebelde, pero sin un real distanciamiento interno.

b) Adolescencia media:

Comprende desde los 15 hasta los 17 años, la separación de la familia comienza a hacerse más real y la cercanía de los amigos es más electiva y pasa de las actividades grupales a otras en pareja. La conducta predominante es exploratoria buscando diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y punto de vista. Su pensamiento se vuelve abstracto, su preocupación obsesiva por las transformaciones corporales, en las ideas propias y de los demás.

c) Adolescencia tardía:

Abarca desde los 18 hasta los 19 años de edad. la tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir y surgen relaciones interpersonales estables, tanto en el plano biológico como en el plano psicológico existe mayor capacidad de compromiso y el intimar es propio de esa edad. Paralelamente se consigue la identidad que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo, adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida común de pareja.⁴⁷

2.3. Bases Conceptuales.

- Adolescente: es una etapa de la vida en la que hombres y mujeres experimentan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales.
- Cesárea: procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción realizando una incisión a través de la pared abdominal y el útero.
- Factores clínicos: Son las condiciones clínicas que llevan a desarrollar algunas patologías.

2.4. Hipótesis General

La presente investigación responde a un diseño descriptivo de tipo transversal, por lo que carece de hipótesis general, pero pudo generar hipótesis descriptivas que conduzcan a estudios de otro nivel.

2.4. Hipótesis Descriptivas

Ha₁: Existen factores clínicos maternos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

Ho₁: No existen factores clínicos maternos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

Ha₂: Existen factores clínicos fetales asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

Ho₂: No existen factores clínicos fetales asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

Ha₃: Existen factores clínicos placentarios asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

Ho₃: No existen factores clínicos placentarios asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

2.5. Variables

2.5.1 Variable Dependiente

Cesáreas en adolescentes

2.5.2 Variable Independiente

Factores clínicos

2.5.3 Variable caracterización:

Características generales

- Edad cronológica de la gestante
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Número de Controles pre natales
- Edad gestacional

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable Dependiente					
Cesárea en adolescentes	Única	Categórica	Cesárea	Si No	Nominal
Variable Independiente					
Factores Clínicos	Maternos	Categórica	Pre eclampsia	Si No	Nominal
		Categórica	Cesárea anterior	Si No	Nominal
		Categórica	Otros: -Embarazo gemelar -Oligohidramnios -Condilomatosis genital	Si No	Nominal
	Fetales	Categórica	Sufrimiento fetal agudo	Si No	Nominal
		Categórica	Desproporción feto-pélvica	Si No	Nominal
		Categórica	Alteraciones de la presentación	Si No	Nominal
	Placentarios	Categórica	Placenta previa	Si No	Nomina
		Categórica	Desprendimiento prematuro de placenta	Si No	Nomina
		Categórica	Acretismo placentario	Si No	Nomina Nominal
	Variable de Caracterización				
Características Generales de los adolescentes	Edad	Numérica	Año de nacimiento	En años	De razón
	Características de las relaciones de pareja	Categórica	Estado civil	Soltera Conviviente Casada	Nominal
	Características educativas	Categórica	Grado de Instrucción	Sin nivel Primaria Secundaria -Superior	Nominal

	Características de Control medico	Categórica	Controles prenatales	0 APN < de 6 APN > de 6 APN	De razón
		Numérica	Edad gestacional	37 semanas 37 a 40 semanas > 40 semanas	De razón

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

De acuerdo a la intervención de la investigadora; el estudio fue de tipo **observacional** porque no existió manipulación de las variables en estudio.

Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue de tipo **retrospectivo**, porque se registró información sobre hechos ocurridos anteriormente al diseño y a la recolección de datos, y se realizó a partir de fuentes primarias por que fueron transcritos de las historias clínicas

Según al número de mediciones de la variable de estudio fue de tipo **transversal**, la investigación se llevó a cabo en un tiempo determinado, recolección de datos, análisis y descripción de los casos encontrados en un lapso de tiempo cortó.

Y según el número de variables de interés, fue de tipo **analítico**, pues se estudiaron dos variables, que fueron sometidas a un análisis estadístico de tipo bivariado, donde se puso a prueba cada una las hipótesis planteadas en la investigación, que permitieron identificar en forma pertinente la asociación que existe entre los factores clínicos y las cesáreas en adolescentes.

3.1.1. Enfoque

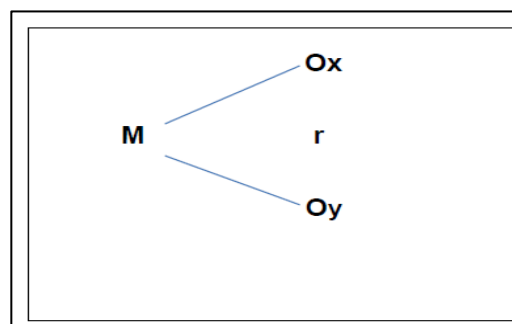
El enfoque del estudio es cuantitativo, porque hace uso de la recolección de datos, basándose en la medición numérica, permitiendo la síntesis y el análisis estadístico

3.1.2. Alcance o nivel

El presente estudio corresponde al nivel relacional, pues su finalidad es buscar establecer la presencia de asociación entre las variables estudiadas a través del análisis estadístico bivariado.

3.1.3. Diseño del estudio

Para efecto de la investigación. Se utilizó el diseño descriptivo correlacional cuyo esquema es el siguiente:



Dónde:

M = Muestra en la que se realiza el estudio.

X = Variable: Factores Clínicos.

Y = Variable: Cesáreas.

O = Observación de cada una de las variables

r = Asociación de las variables estudiadas.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo compuesta por 130 adolescentes gestantes atendidas en sala de operaciones del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017.

Criterios de inclusión

- Historia Clínica de Gestantes adolescentes a las que se les practicó una operación cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el período de los años 2016 – 2017.
- Gestantes con Historia Clínica completa

Criterios de exclusión

- Historia Clínica de gestantes no adolescentes a las que se les practicó una operación cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el período de los años 2016 – 2017.
- Historia Clínica de gestantes adolescentes (12 a 19 años) a las que no se les practicó una operación cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el período de los años 2016 – 2017.

3.2.2 .Muestra:

a) Unidad de Análisis:

Historia Clínica de las Gestantes adolescente atendidas en el Hospital regional Hermilio Valdizán en el periodo de estudio.

b) Unidad de muestreo

La unidad seleccionada en la presente investigación fue igual que la unidad de análisis.

c) Marco muestral

Relación de Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, que se encuentran en la Oficina de estadística (archivo) con lo que se construyó en una hoja de cálculo en el programa EXCEL – 2016-2017.

d)Tipo de muestreo

El tamaño de la muestra para la población fue calculado con la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{e^2(N - 1) + Z^2 P Q}$$

Dónde:

$Z^2=95\%$ confiable

$P = 50\%$

$Q = 1-P$

$e =$ error de estimación en 5%

$N = 130$

TAMAÑO DE LA POBLACION	N	130
error alfa	α	0,05
nivel de confianza	$1-\alpha$	0,95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1,96
Probabilidad de éxito	P	0,5
Complemento de p	q	0,5
Precisión	d	0,05
Tamaño de la muestra	n	97

Reemplazando:

$$n = \frac{130 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 (130-1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{130 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times 129 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{499.408 \times 0.25}{0.3225 + 0.9604}$$

$$n = \frac{124.852}{1.2829}$$

$$n = 97$$

e) Muestreo:

No probabilístico por conveniencia aleatorio simple.

3.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Para la recolección de datos

La técnica a ser utilizado fue la observación y la documentación, que constituyo la técnica de recolección de datos básica para poder contar con información fidedigna.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

Entre los instrumentos que fueron utilizados para la recolección de datos, tenemos los siguientes:

Ficha de Registro de Factores clínicos asociados a la Cesárea en adolescentes (Anexo 1)

Este instrumento fue útil para conocer las características generales de las gestantes adolescentes en estudio; está constituida por 05 ítems divididos en características generales de la gestante (edad, estado civil, grado de instrucción, controles pre natales, edad gestacional).

Ficha de recolección de datos de factores clínicos de las gestantes en estudio.

Este instrumento nos permitió identificar los factores clínicos asociados a las cesáreas de las gestantes en estudio el cual está dividido en 03 partes: maternos, fetales y placentarios que se recogió información de la Historia Clínica de la gestante, carnet de control prenatal y SIP 2000.

3.3.3. Técnicas para el procesamiento de análisis de la información

Para el procesamiento de la información se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- **Procesamiento de los datos.-** Los hallazgos encontrados, en primera instancia fueron procesados en forma manual a través de la elaboración de una base de datos de códigos numéricos, que posteriormente fue trasladada a una base de datos elaborada en una hoja de cálculo del Programa Excel 2013, donde se realizaron los cálculos matemáticos respectivos de cada una de las dimensiones identificadas; y por último se realizó el procesamiento estadísticos mediante el uso del programa estadístico IBM SPSS Versión 22.0 para Windows.
- **Plan de tabulación de datos:** En base a los resultados obtenidos en el análisis respectivo, y buscando dar respuesta al problema y objetivos de

investigación planteados inicialmente, los datos encontrados fueron tabulados en cuadros de frecuencias y porcentajes, para la parte descriptiva e inferencial del estudio de investigación, facilitando la observación de las variables en la muestra en estudio.

- **Clasificación de los datos.** - Se ejecutó de acuerdo a las variables estudiadas en la investigación, de forma categórica, numérica y ordinal

- **Presentación de datos.** - Los datos son presentados en tablas académicas y gráficos de acuerdo a las dimensiones consideradas en el estudio, proceso que permite realizar el análisis e interpretación respectivo de cada una de las tablas presentadas, de acuerdo al marco teórico de las variables de estudio en esta investigación.

3.3.4. Técnicas para el análisis de la información

Análisis descriptivo. - Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas (%).

Para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Análisis inferencial. - Para demostrar que los factores clínicos se asocian a las cesáreas en los adolescentes, se estableció mediante la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, en el cual se considerará significativo cuando presenta un valor $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV

4.- RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos

4.1.1. Características socio demográficas

Tabla N°1: Características demográficas (Edad) de las gestantes adolescentes sometidas a Cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

Edad en años	n	%
12-14 años	4	4,0
15-17 años	38	39,0
18-19 años	55	57,0
Total	97	100,0

Fuente: Ficha de Registro de las características generales de las gestantes en estudio (Anexo 1)

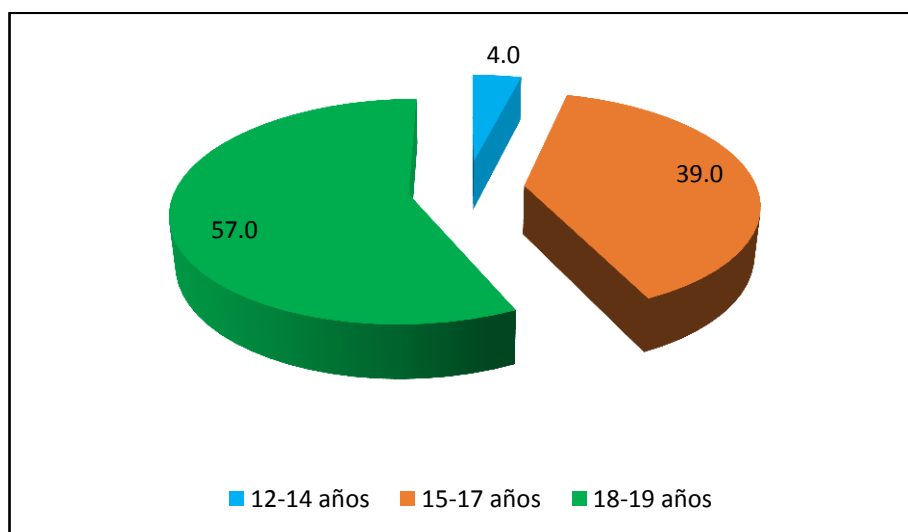


Gráfico N° 1: Distribución porcentual de la edad de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

Respecto a la edad de las adolescentes cesareadas en estudio se evidencia que la edad que prevaleció en el grupo de estudio fue la comprendida entre 18 a 19 años con un 57,0% (55). De 15 a 17 años 39,0% (38) y la edad comprendida de 12 a 14 años represento un 4,0% (4).

Tabla N°2: Características demográficas (Estado Civil) de las gestantes adolescentes sometidas a Cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.

Estado civil	n	%
Solteras	32	33,0
Convivientes	63	65,0
Casadas	2	2,0
Total	97	100,0

Fuente: Ficha de Registro de las características generales de las gestantes en estudio (Anexo 1)

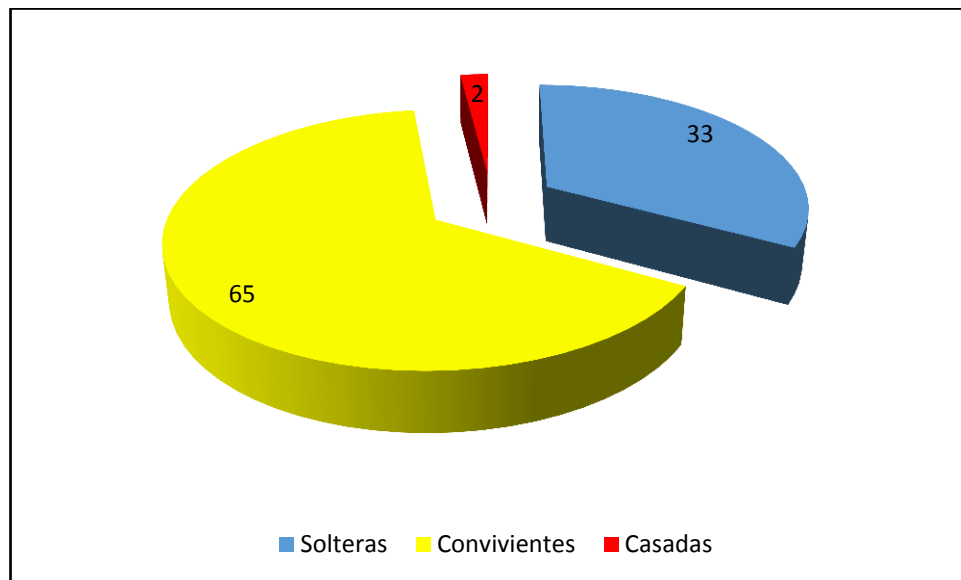


Gráfico N° 2: Distribución porcentual del estado civil de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

Respecto a las características sociales en el estado civil se encuentra que el 65,0% (63) es de estado civil convivientes, el 33,0% (32) solteras y el 2,0% (2) son casadas.

Tabla N°3: Características demográficas (grado de instrucción) de las gestantes adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

Grado de instrucción	n	%
Sin estudios	11	11,0
Primaria completa	33	34,0
Secundaria completa	53	55,0
Superior	0	0,
Total	97	100,0

Fuente: Guía de Entrevista de las características generales de las gestantes en estudio (Anexo 1)

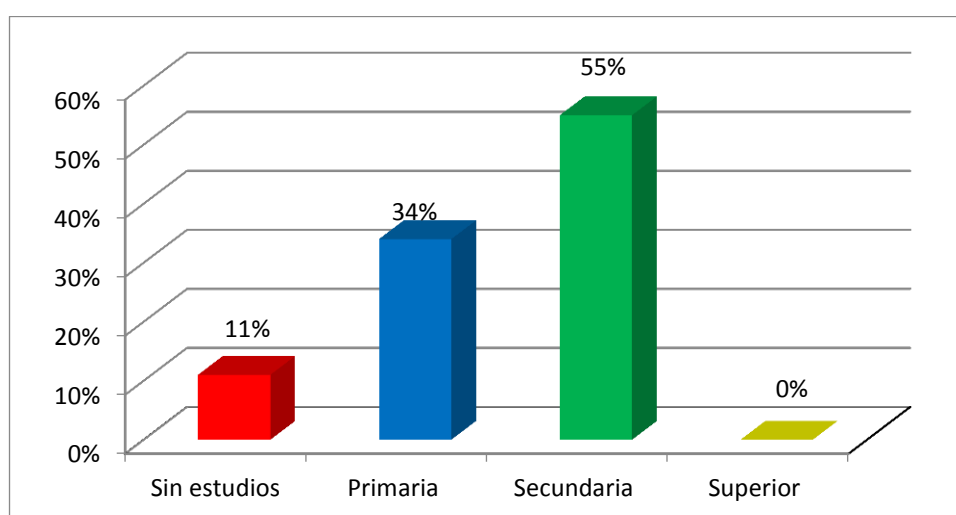


Gráfico N° 3: Distribución porcentual del grado de instrucción de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

En relación al grado de instrucción de las gestantes adolescentes en estudio se encuentra que el 55,0% (53) refiere secundaria completa, el 34,0%, (33) primaria completa, 11,0% (11) sin estudios y ninguna en superior.

Tabla N°4: Características generales (Controles pre natales) de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

Controles pre natales	n	%
Sin ningún Control	3	3,0
< De 6 Controles	25	26,0
> A 6 controles	69	71,0
Total	97	100,0

Fuente: Ficha de Registro de las características generales de las gestantes en estudio (Anexo 1)

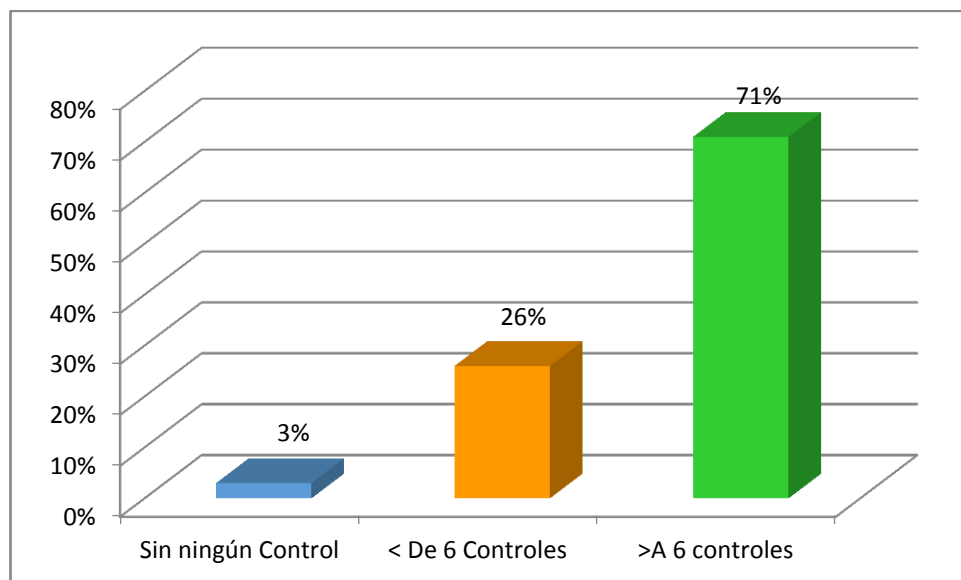


Gráfico N°4: Distribución porcentual de los controles prenatales de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

En cuanto a los controles pre natales de las gestantes adolescentes en estudio se registra que el 71,0% (69) tuvieron > A 6 controles pre natales, el 26,0% (25) < de 6 Controles pre natales y el 3% (3) sin ningún control.

Tabla N°5: Características generales (edad gestacional) de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

Edad gestacional	n	%
< De 37 Semanas	7	7,0
37-40 Semanas	83	86,0
>De 40 semanas	7	7,0
Total	97	100,0

Fuente: Ficha de Registro de las características generales de las gestantes en estudio (Anexo 1)

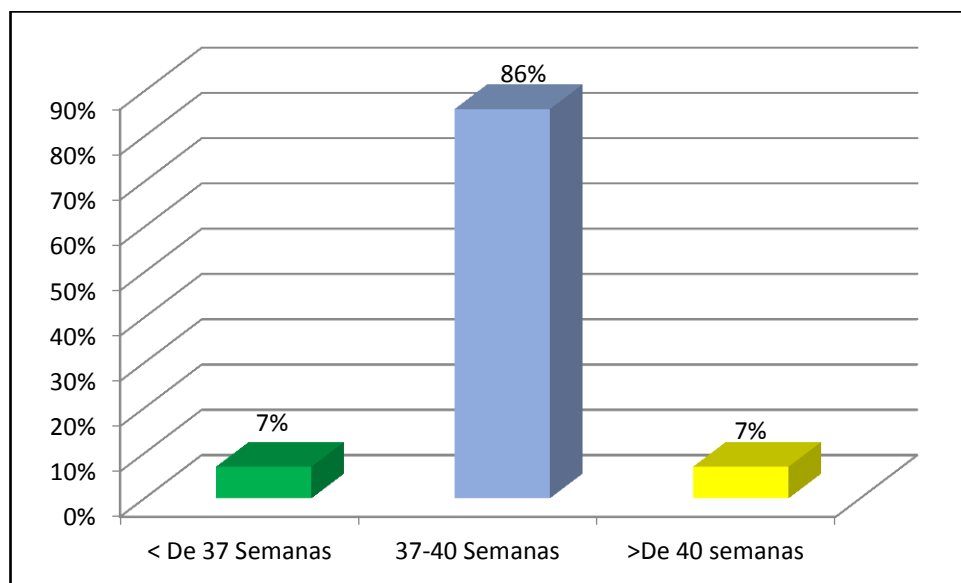


Gráfico N°5: Distribución porcentual de la edad gestacional de las adolescentes sometidas a cesarea en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

Respecto a la edad gestacional de las adolescentes en estudio se evidencia que el 86,0% (83), presentan de 37 a 40 semanas de gestación y el 7,0% (7) fueron para < de 37 semanas de gestación y > de 40 semanas de gestación respectivamente.

4.1.2. Factores Clínicos

Tabla N°6: Factores Clínicos Maternos de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.

Factores Clínicos Maternos	f	%
Pre eclampsia	14	14.4
Cesárea Anterior	2	2
Embarazo Gemelar	7	7.2
Oligoamnios	9	9.3
Condilomatosis Genital	1	1
Sin complicaciones maternas	64	66
Total	97	100,0

Fuente: Ficha de registro de datos (Anexo 1)

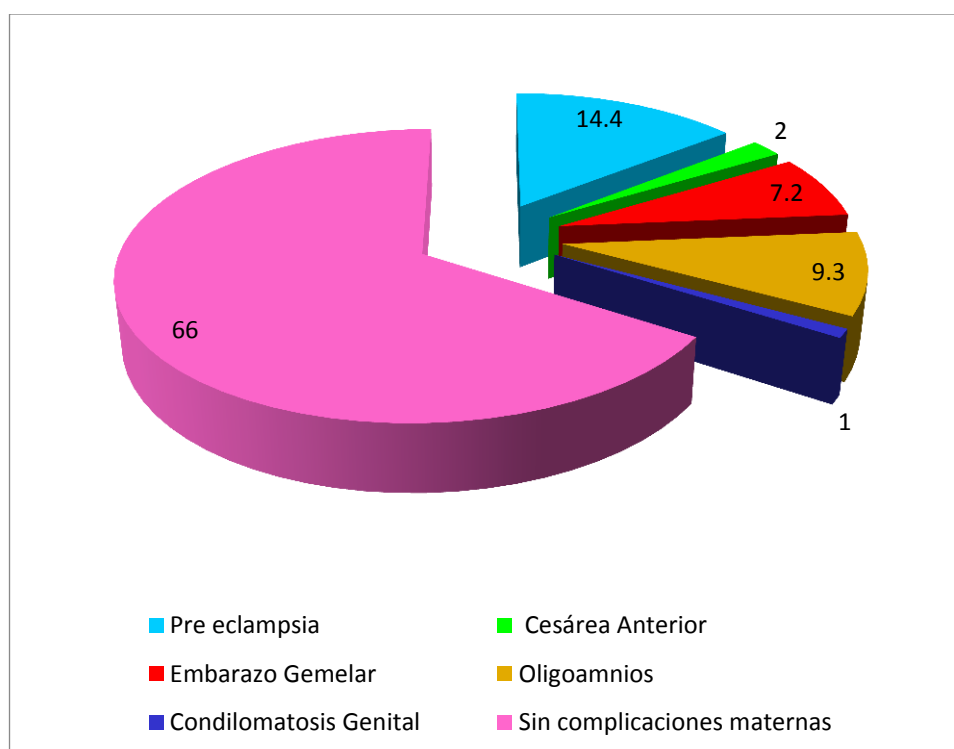


Gráfico N°6: Distribución porcentual de los factores clínicos maternos presentados en las adolescentes cesareadas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.

En cuanto a los factores clínicos maternos que se presentaron en estudio, se observa que el 14,4% (14) presenta Preeclampsia, el 2% (2) cesarea anterior, el 7,2% (7) embrazo gemelar, el 9,3% (9) oligoamnios, el 1% (1) Condilomatosis Genital y un 66% (64) sin complicaciones maternas.

Tabla N°7: Factores Clínicos Fetales de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.

Factores Clínicos Fetales	n	%
Sufrimiento Fetal agudo	26	26.8
Desproporción Feto pélvica	23	23.7
Distocias de presentación.	13	13.4
Sin complicaciones fetales	35	36.1
Total	97	100

Fuente: Ficha de registro de datos (Anexo1)

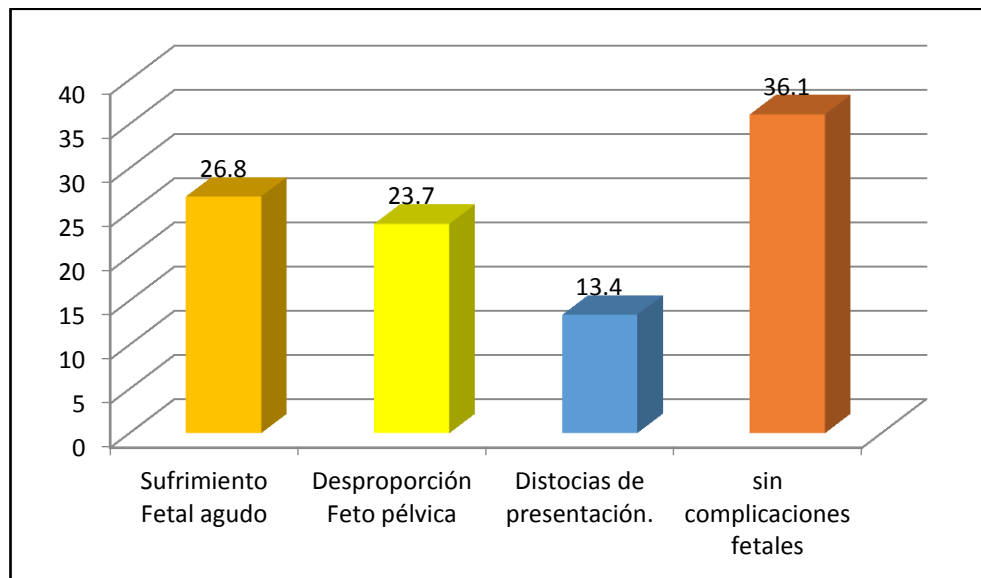


Gráfico N°7: Distribución porcentual de los factores clínicos fetales presentados en las adolescentes cesareadas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.

En cuanto a los factores clínicos fetales que se presentaron en estudio, se observa que el 26,8% (26) presenta sufrimiento fetal agudo, el 23,7% (23) desproporción Feto pélvica, el 13,4% (13) distocias de presentación y un 36,1% (35) sin complicaciones fetales.

Tabla N°8: Factores Clínicos placentarios de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.

Factores Clínicos Placentarios	n	%
Placenta previa	1	1
Desprendimiento Prematuro de Placenta	1	1
Acretismo Placentario	0	0,0
Sin complicaciones placentarios	95	98
Total	97	100

Fuente: Ficha de registro de datos (Anexo 1)

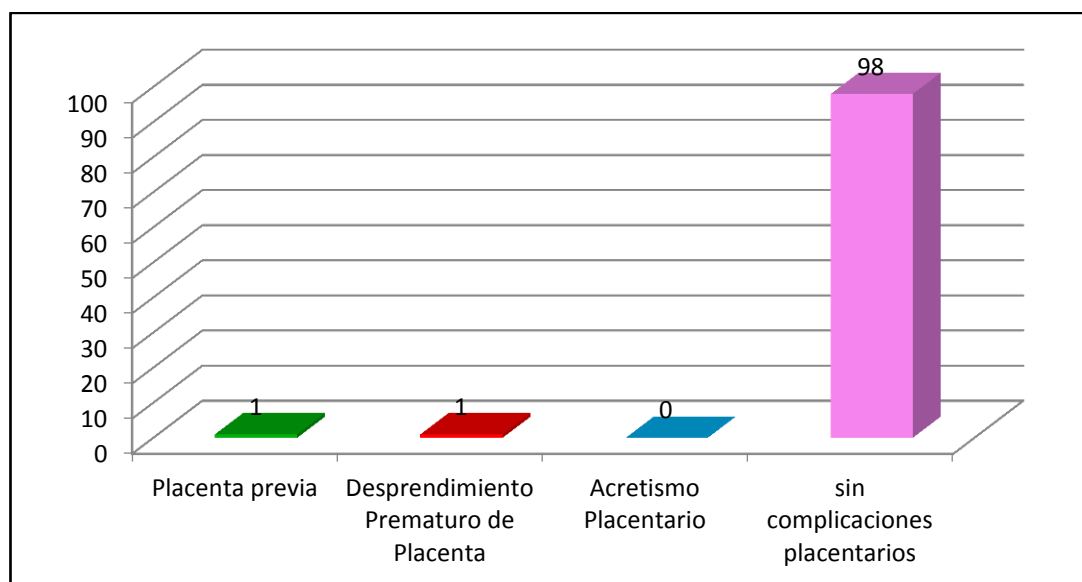


Gráfico N°8: Distribución porcentual de los factores clínicos placentarios presentados en las adolescentes cesareadas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016-2017.

En cuanto a los factores clínicos placentarios que se presentaron en estudio, se observa que el 1% (1) presenta placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta respectivamente, ninguna con acretismo placentario y Sin complicaciones placentarios con un 98% (95).

4.2. Resultados Inferenciales: prueba de hipótesis

Tabla N°9: contrastación de Asociación entre los factores Clínicos y las cesáreas en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016-2017.

Factores Clínicos	Cesáreas en adolescentes				Total n	Prueba Chi cuadrada	Significancia
	(n=) 97						
	SI		NO				
	n	%	n	%			
Factores Maternos							
SI	30	30,9	3	3,1	33	18,82	0,804
NO	16	16,5	48	49,5	64		
Factores Fetales							
SI	52	53,6	10	10,3	62	7,24	0,002
NO	25	25,8	10	10,3	35		
Factores Placentarios							
SI	2	2,1	0	0	2	16,36	0,734
NO	1	1,0	94	96,9	95		

Fuente: Ficha de registro de datos (Anexo 1,)

Respecto a la asociación entre los factores clínicos y las cesáreas en las adolescentes, observamos que el 49,5% de gestantes no presentaron factores maternos, el 53,6% presentaron factores fetales y el 96,9% no presentaron factores placentarios y a la vez fueron sometidas a cesáreas. Por lo tanto, la comprobación de la hipótesis fue mediante la prueba de Chi Cuadrado donde encontramos que existe asociación estadísticamente significativa entre los factores clínicos fetales y las cesáreas, lo que permite aceptar la Hipótesis de investigación en la que se explica que. Existen factores fetales asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el

Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017. aceptando la Hipótesis Nula para los factores maternos y placentarios en los que no se encontró significancia estadística porque el valor p fue mayor a 0,005.

RESULTADOS: Respecto a las características socio demográficas de las gestantes adolescentes se evidencia que la edad que prevalece en el grupo de estudio fue la comprendida entre 18 a 19 años con un 57% (55), de 15 a 17 años fue 39% (38) y de 12 a 14 años fue un 4% (4). En cuanto al estado civil se identificó un 65% (63) son convivientes, 33% (32) solteras y un 2% (2) casadas. El grado de instrucción 55% (53) tenían secundaria completa, un 34% (33) primaria completa, 11% (11) sin estudios y ninguno nivel superior. Dentro de Las atenciones prenatales el 71% (69) tuvieron > A 6 controles prenatales, 26% (25) < de 6 controles prenatales y 3% (3) sin ningún control. Según La edad gestacional se evidenció que el 86% (83) presentaron de 37 a 40 semanas de gestación, 7% (7) < de 37 y > de 40 semanas de gestación respectivamente. así mismo las indicaciones principales de las cesáreas en las adolescentes fueron: sufrimiento fetal agudo 26,8% (26), desproporción feto pélvica 23,7% (23), Preeclampsia 14,4% (14), distocias de presentación 13,4% (13), oligoamnios 9,3% (9), embrazo gemelar 7,2% (7), cesarea anterior 2% (2), Condilomatosis Genital, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta con el 1% (1) respectivamente y ninguna con acretismo placentario.

CAPÍTULO V

5.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación arribaron en que si existen asociación estadísticamente significativa según los autores de nuestros antecedentes de investigación

Respecto a los factores clínicos maternos se identificó la preeclampsia con un 14,4%; frente a Nuñez¹² indica en sus resultados la preeclampsia con un 25,4% siendo el factor clínico principal para la cesarea dentro de su estudio. Así mismo Galvez¹⁹ encontró la preeclampsia con 9%, Laidy¹⁶ la preeclampsia con 7% y Avanza¹³ la preeclampsia con 5,5%; siendo porcentajes menores, pero mas no siendo indiferentes. Seguidamente en nuestro estudio se obtuvo oligoamnios con un 9,3% similar a los resultados encontrados por Galvez¹⁹ donde identificó oligoamnios con un 6%. También se evidencia en nuestro estudio cesarea anterior con un 2%, datos no relacionados al encontrado por Avanza¹³ quien identificó la cesarea anterior con un 31,1% y Itatí¹⁴ cesarea anterior con un 30,94% Siendo más de un 50% de diferencia lo que no se encontró en nuestro estudio.

Respecto a los factores clínicos fetales; sufrimiento fetal agudo se obtuvo un 26,8%, similar a lo encontrado por Nuñez¹² quien obtuvo sufrimiento fetal agudo en un 28,8%, y Avanza¹³ sufrimiento fetal agudo en un 20,1%. También encontrados por Itatí¹⁴ sufrimiento fetal agudo en un 16%; Laidy¹⁶ sufrimiento fetal agudo con 9,6% y Gálvez¹⁹ sufrimiento fetal agudo 7%; siendo porcentajes mínimas frente a nuestros resultados. Por otro lado, en

nuestro estudio se identificó la desproporción feto pélvica con un 23,7%; siendo el segundo factor clínico principal que conllevó a que se diera las cesáreas; siendo datos congruentes con lo encontrado por Gonzales¹¹ donde la desproporción feto pélvica fue 32,43% siendo la indicación principal de la cesarea en las adolescentes en su estudio. Manzano¹⁸ concluye que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes Multigestas, fue de 45%, asociadas a la desproporción feto pélvica. Las Distocias de presentación en nuestro estudio se obtuvo un 13,4%, frente a Itatí¹⁴ quien indicó distocias de presentación con 9,4%, siendo un 4% de diferencia. distinto a lo encontrado por Abad²⁰ indicando en sus resultados la causa principal de la cesarea en las adolescentes fue la desproporción feto pélvica y distocias de presentación ambos en un 17,9%.

Respecto a las características socio demográficas: la edad de las gestantes adolescentes en nuestro estudio se obtuvo un 57% tenían de 18 a 19 años; datos similares al encontrado por Gonzales¹¹ donde el grupo etario con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años con un 48%; pero en nuestro país la relación es más estrecha con los datos encontrados por Laidy¹⁶ donde el 96,8% de adolescentes pertenecían al periodo de adolescencia tardía³⁸. Dentro del estado civil, el 65% son convivientes, resultado similar encontrado por lopez¹⁷ donde el 51% tenía estado civil conviviente y Nuñez¹² indica que en su mayoría de su población para su estudio fue de unión libre consensual o convivencia como estado civil preponderante.

En relación con las atenciones prenatales según Lopez¹⁷ en sus resultados obtuvo un 62,9% que tuvieron de 6 a más controles prenatales frente a nuestro trabajo de investigación hubo un 71% que tuvieron de 6 a más atenciones prenatales donde los resultados no tienen mayor significancia estadística.

De acuerdo con la edad gestacional según Gálvez ¹⁹ en sus resultados indica que un 81% de las adolescentes cesareadas fueron de 37 a 40 semanas de gestación obteniendo el porcentaje mayor dentro de su población por lo que concordamos con nuestra investigación obteniendo un 86% fueron de 37 a 40 semanas de gestación siendo también el resultado de mayor porcentaje.

CONCLUSIONES

- La presente investigación concluye que los factores clínicos fetales están asociados a cesáreas en adolescentes; a lo contrario con los factores clínicos maternos y placentarios estas no están asociados a cesáreas en las adolescentes todas ellas atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano que han sido determinados con la prueba de chi cuadrado.
- identificamos los factores clínicos fetales asociados a la cesarea en adolescentes, con mayor frecuencia fueron sufrimiento fetal agudo 26.8% (26), desproporción feto pélvica 23,7% (23) y seguido por distocias de presentación 13,4% (13). Siendo indicadores predominantes para la cesarea en este grupo etario de estudio.
- Identificamos también los factores maternos las que no están asociados a cesáreas en adolescentes, con un porcentaje minoritario, preeclampsia con un 14,4% (14), oligoamnios 9,3% (9), embarazo gemelar 7.2% (7), cesarea anterior 2% (2) y condilomatosis genital 1% (1).
- Identificamos en lo que respecta a los anexos placentarios los porcentajes son exiguos y que no tiene mayor significancia porcentual.
- Identificamos Con respecto a las características socio demográficas, según edad, las adolescentes tardías comprendidas entre 18 y 19 años fueron un 57%(97). Estado civil conviviente con un 65%. El grado de instrucción secundaria completa con un 55% siendo en un alto porcentaje de ellas que terminaron en cesárea.

- En cuanto a las atenciones prenatales, la mayoría de adolescentes conto con más de seis atenciones prenatales con un 71%, un 26% realizo menos de 6 atenciones prenatales y un significativo 3% no se controlaron durante su embarazo; donde los resultados nos indican que no existe mayor relación entre controles prenatales y cesáreas.
- Desde el punto de vista obstétrico se determina que las adolescentes tenían entre 37 a 40 semanas de gestación con un 86% indicándonos que todas las adolescentes cesareadas tenían un embarazo a término por lo que no existe asociación la cesarea con la edad gestacional.

RECOMENDACIONES

- Frente a los resultados descritos, consideramos necesario tomar en cuenta el adecuado llenado de historias clínicas y la determinación de un diagnóstico correcto que facilite las próximas investigaciones y así poder descartar indicaciones no especificadas.
- Sugerimos evaluar a profundidad las estadísticas recientes de partos en adolescentes para tomar medidas preventivas en las posibles complicaciones que implican las intervenciones de cesáreas.
- Es necesario la promoción e implementación de programas de salud sexual y reproductiva en los colegios desde el primer año de educación secundaria debido al inicio temprano de relaciones sexuales que conllevan a los embarazos adolescentes.
- Igualmente, la consejería y planificación familiar debe tener mayor énfasis en la promoción y prevención para llegar a la población más vulnerable que viene hacer las adolescentes juntamente con la inclusión de sus parejas.
- Enfatizar en una vigilancia constante durante el embarazo de la adolescente no solo mediante la atención prenatal reenfocada sino también a través de las visitas domiciliarias en casos donde se hayan detectado factores de riesgo, para así intervenir y referir de manera oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Routi a. patología obstétrica en la adolescente embarazada. rev. scielo sogia. 2014; 1(2): 70-2.
2. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos por cesarea en el Mundo suiza, Ginebra; 2013.
3. Forrest jd. momento de las etapas de la vida reproductiva. re. scielo. obstet gynecol 2014; 82: 105.
4. fuente: INEI, ENDES 2015
5. www.diresa.huanuco
6. Análisis de la Situación de Salud del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – 2016.
7. Análisis de la Situación de Salud del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – 2016.
8. ministerio de salud del Perú. dirección de salud: oficina general de epidemiología. Perú, lima. 2014; p.84.
9. Edgar Mario Gálvez Liñán. tasa de incidencia de cesárea en el hospital “san José” del callao, periodo enero -diciembre 2013. tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Perú. 2014; p.
10. Edgar Mario Gálvez Liñán. tasa de incidencia de cesárea en el hospital “san José” del callao, periodo enero -diciembre 2013. tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Perú. 2014; p.
11. Gonzales c. José a. y Gonzales g. Rilke rene. indicaciones de cesarea segmentaria en adolescentes; hospital universitario “Dr. Luis Razetti” Barcelona. estado Anzoátegui. Venezuela. 2012; p. 4-6.
12. Marisol del c. Núñez, modesta peralta, Michelle Abud, perla cruz, Altaira león, Indira bisoño, Heidy Hernández. indicaciones de cesarea primaria en adolescente de 13 a 18 años en los centros de salud clínica dra. rosa Cisneros Profamilia y el hospital regional universitario José Maria Cabral y Báez. república dominicana. 2011; p. 7-10.
13. avanza, mj; sosa, tr; giusti, sa, alegre c, Benitez a, Rivero mi. frecuencia e indicaciones de cesarea en la población adolescente de un centro hospitalario nacional. argentina. 2011; p. 4-5.

14. Griselda a. incidencia e indicaciones de cesáreas en adolescentes en el servicio de toco ginecología del hospital “Dr. José r. Vidal” de la ciudad de corrientes, argentina. revista de posgrado de la vi catedra de medicina. 2011 junio; 22(12).
15. guerrero romero, Íngrid. adolescencia materna y su asociación con la realización de cesarea. universidad militar nueva granada-Bogotá. 2015 octubre; p-9.
16. Laidy l. albornoz a. y col. “cesáreas en adolescentes en el hospital nacional santa rosa”. lima-Perú. 2013. p-6.
17. López cutipa, Frank. aspectos epidemiológicos en pacientes adolescentes cesareadas en el hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen. Arequipa - Perú. 2015 enero-diciembre (p .2).
18. Giancarlo manzano espejo. incidencia y factores asociados a cesáreas iterativas en adolescentes, hospital nacional Sergio e. vernaes. lima. Perú. 2010; p. 5-9.
19. Gálvez Liñán, Edgar m. tasa de incidencia de cesarea en el hospital “san José del callao” en el periodo enero-diciembre 2013. lima –Perú. 2013, p. 6-7.
20. 19.abad pedro 2004, realizó el estudio “cesárea en adolescentes. hospital Hipólito Unanue. lima, Perú”.
21. Chávez r. análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el instituto especializado materno perinatal – 2002. [tesis para optar el grado de licenciado en administración en establecimientos en salud] lima, Perú. universidad peruana Cayetano Heredia; 2005.
22. Perozo-romero juan, santos-bolívar Joel, peña-paredes Elvia, sabatini-sáez Isabel, torres-cepeda duly, reyna-villasmil Eduardo. revista de obstetricia y ginecología de Venezuela *versión impresa* issn 0048-7732 v.69 n.1 caracas-mar.2009. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s004877322009000100009&script=sci_arttext

23. Morgan-ortiz Fred, calderón-Lara Sergio, martínez-félix Jesús Israel, González Beltrán Aurelio, Quevedo-castro Everardo. factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles, artículo original gynecol obstet mex 2010; 78(3):153-159. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf>.
24. Ever Frank López cutipa. aspectos epidemiológicos en pacientes cesareadas en el hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen en el periodo enero-diciembre del 2014. trabajo para optar el título profesional de médico-cirujano.
25. Ever Frank López cutipa. aspectos epidemiológicos en pacientes cesareadas en el hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen en el periodo enero-diciembre del 2014. trabajo para optar el título profesional de médico-cirujano.
26. Acog committee on obstetric practice. vaginal birth after previous cesarean. american college of obstetricians and gynecologists. obstet gynecol. 2010; 116(2/1): 450-63. 69
27. birth after previous caesarean birth. royal college of obstetricians and gynecologists. Green-top guideline. 2007; 45(1): 4.
28. ever frank lopez cutipa. aspectos epidemiológicos en pacientes cesareadas en el hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen en el periodo enero-diciembre del 2014. trabajo para optar el título profesional de médico-cirujano.
29. gant. f, leveno j. Williams obstetricia. 21st ed. buenos aires: medica panamericana; 2011.
30. thubisi m. vaginal delivery after previous cesarean section: is x-ray pelvimetry necessary? br. j. obstet. gynecol. 2009; 22.
31. ever frank lopez cutipa. aspectos epidemiológicos en pacientes cesareadas en el hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen en el periodo enero-diciembre del 2014. trabajo para optar el título profesional de médico-cirujano
32. Juan Alvarado Alva. Marzo. 2014. Apuntes medicas de gineco obstetricia. Pg. 210-211.

33. Juan Alvarado Alva. Marzo. 2014. Apuntes medicas de gineco obstetricia. Pg. 210-211.
34. Juan Alvarado Alva. Marzo. 2014. Apuntes medicas de gineco obstetricia. Pg. 210-211.
35. tantbirojn p, crum CP, parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. Placenta. 2011;29:639 – 45.
36. Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V. antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood los. Acta obstet gynecol scand. 2011;90:1140 – 6.
37. abehsera D, Gonzalez C, Lopez S, Sancha N, Magdaleno F. Placenta percreta. Experiencia de 20 años en el Hospital universitario la Paz, Mdrd, España. Rev chile Obstet Gynecol 2011; 76:127 – 131.
38. Aguilar O, Rivero C, Conrado J, Sanchez M, Bolio A, Rotura uterina por acretismo placentario. Ginecol y obstet Mex 2012; 78:250 – 253.
39. Guzmán E, Gaviño G, Valero O, Deschamps H, et al. Embarazo gemelar con mola completo y feto coexistente posterior a fertilización in vitro y transferencia de embriones complicado con la placenta previa acreta. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2011;77:151 – 155.
40. Vera E, Lattus J, Bermudez H, Espinoza L. Placenta percreta con invasión vesical; reporte de 2 casos. Rev Chil Obstet Gynecol 2011;70: 404 – 410.
41. Sabatini S, Reyna V, Santos J, Torres C, Peña E. Placenta percreta asociada a hemoperitoneo posparto. Reporte de caso. Clin Invest Gin Obstet 2012; 36: 153 – 155.
42. Medina J, Hernandez A, Placenta previa acreta: un problema singular, comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2011; 74: 599 – 604.
43. Belfort M, Indicated preterm birth for placenta accreta. S emin perinatol. 2011;35:252-6.
44. Huamán Berrios, julio Enrique. historia de la obstetricia ensayo sobre algunas ideas de la obstetricia. Perú, Huancayo. 2004; p.23-28.

45. Huamán Berrios, julio enrique. ibid, 2004; p.27.
46. ministerio de salud Perú: Hospital santa rosa. ibíd., p.38.
47. patpatian j. rol de los padres en la educación sexual de sus hijos. acups. Montevideo – Uruguay (seriada en línea) 2004. disponible en la url: <http://www.panamae.com/edusexual.pdf>. consultado marzo 17, 2012.

ANEXOS

ANEXO 1**Instrumentos de recolección de datos**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LAS CESAREADAS EN SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 01 DE SETIEMBRE DEL 2016 AL 01 DE SETIEMBRE DEL 2017.

TÍTULO DEL ESTUDIO: “FACTORES CLINICOS ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO – 01 DE SETIEMBRE DEL 2016 AL 01 DE SETIEMBRE DEL 2017.

OBJETIVO: DETERMINAR LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES CLÍNICOS Y LAS CESÁREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO – 01 DE SETIEMBRE DEL 2016 AL 01 DE SETIEMBRE DEL 2017.

1. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE LA ADOLESCENTE CESÁREADA

1.1 Edad:

- ✓ 12-14 años ()
- ✓ 15-17 años ()
- ✓ 18-19 años ()

1.2 Estado civil:

- ✓ Soltera ()
- ✓ Conviviente ()
- ✓ casada ()

1.3 nivel de instrucción:

- ✓ sin nivel ()
- ✓ primaria completa ()
- ✓ secundaria completa()
- ✓ superior ()

1.4 control prenatal:

- ✓ sin ninguna APN.....()
- ✓ < de 6 APN.....()
- ✓ > A 6 APN.....()

1.5 edad gestacional:

- ✓ < de 37 semanas.....()
- ✓ 37-40 semanas.....()
- ✓ > de 40 semanas.....()

5. DATOS DE LA CAUSA DE LA CESAREA**5.3. Por factores maternos**

- Preeclampsia.....SI () - NO ()
- Cesárea anterior.....SI () - NO ()
- Otros
 - ✓ Embarazo gemelar.....SI () - NO ()
 - ✓ Oligoamnios.....SI () - NO ()
 - ✓ Condilomatosis genital.....SI () - NO ()

5.4. Por Factores fetales

- Sufrimiento fetal.....SI () - NO ()
- Desproporción feto pélvica.....SI () - NO ()
- Distocias de presentación.....SI () - NO ()

5.5. por factores placentarios

- placenta previa.....SI () - NO ()
- Desprendimiento prematuro de placenta.....SI () - NO ()
- Acretismo placentario.....SI () - NO ()